

2.9 Behinderungsformen und ihre Relation zu Geschlecht und Gesundheit mit Fokus auf männliche Sexualität

Michaela Katzer, Theodor Klotz & Doris Bardehle

Zusammenfassung

Eine systematische wissenschaftliche Datengrundlage bezüglich der Relation von Sexualität, insbesondere männlicher Sexualität, zu den verschiedenen Behinderungsformen, ist nicht vorhanden. Dies ist verständlich aufgrund der Vielzahl von Behinderungsformen. Die Komplexität wird erhöht, da zudem zwischen körperlicher und geistiger Behinderung unterschieden werden muss. Eine isolierte Betrachtung der Sexualorgane und deren Funktion (z. B. Erektionsfähigkeit) ist nicht zielführend. Arbeiten, die Teilaspekte von Behinderung und Sexualität behandeln, gibt es reichlich und sind ein Hinweis auf die Bedeutung der Thematik. Daher soll die nachfolgende Arbeit zunächst als Bestandsaufnahme verstanden werden. Zunächst wird eine prinzipielle Differenzierung nach Art der Behinderung durchgeführt und die Einschränkungen auf die Sexualität (insbesondere auf die männliche Sexualität) beschrieben. Klar ist, dass dies nur der Ausgangspunkt einer größeren Untersuchung sein kann.

Summary: Types of disabilities in relation to gender and health focused on men's health

Systematic and scientific data concerning the relationship between disabilities and sexuality, especially various types of disability and male sexuality do not exist. This is understandable, given the many types of disabilities. As there is to be distinguished between physical and mental disabilities, the complexity of the matter is even increased. An isolated focus on

sexual organs and their functions (e.g. erectile dysfunction) is not appropriate. There are abundant number of studies regarding partial aspects of disability and sexuality. This is a strong indication for the importance of the issue. Therefore, the following study shall serve as a survey. First, various types of disabilities in general and thereafter, the restricting consequences for sexuality, in particular male sexuality shall be described. No doubt, this survey can be no more than a beginning of a larger analysis in the future.

Einleitung

»Behinderung« als gesellschaftliche Vorstellung und weitreichender Oberbegriff für fortwährende Merkmale von Personen stammt aus dem zwanzigsten Jahrhundert. Nach amtlichen Statistiken nahm der Bevölkerungsanteil an Behinderten beständig zu [1], und allem Anschein nach auch die Bedeutung, die Behinderten sowohl in den Massenmedien als auch in der Gesetzgebung – beides Spiegel der öffentlichen Wahrnehmung – beigemessen wird. Die Industrialisierung ging mit Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten einher, derentwegen 1884 die gesetzliche Unfallversicherung eingeführt wurde. Zwei Weltkriege führten zu einem erheblichen Aufkommen an kriegsversehrten »Schwerbeschädigten« und zum Teil erheblichen psychischen Folgeschäden. Fortschritte der Medizin und Verbesserungen des Gesundheitssystems ermöglichten

ein Fortleben mit Krankheiten, die in früheren Epochen nur kurze Zeit überlebt wurden. Der Wandel der Lebensumstände und Gewohnheiten brachte Probleme mit sich, die früher nur selten zutage traten. Der demografische Übergang erhöhte die Erwartungshaltung des sozialen Umfeldes ans einzelne Individuum.

In Westdeutschland wurden vorherige Aufzählungen von Behinderungen 1974 (BGBl. I, S. 981–998) zu »körperlich, geistig oder seelisch behindert« zusammengefasst, und 1986 (BGBl. I S. 1110–1119) Behinderung als Abweichung von dem für das Lebensalter typischen Zustand über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten hinweg operationalisiert. 1994 (BGBl. I, S. 3146–3148) wurde ins Grundgesetz aufgenommen, dass niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden darf. Diese Formulierungen gelten seitdem auch weiterhin.

Behinderungen lassen sich nach verschiedenen Kriterien und Systemen kategorisieren, wobei selbstverständlich ein Individuum auch mehrere unterschiedliche Behinderungen haben kann. Amtliche Statistiken nehmen deswegen Bezug auf die jeweils schwerste Behinderung. Kategorisierungen können helfen, geschichtliche und gesellschaftliche Einstellungen und Umgangsweisen zu erfassen und zu verstehen.

Seit 2005 liegt die 2001 von der WHO herausgegebene »Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit« als deutsche Übersetzung durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) vor. Sie ist einerseits kompliziert, andererseits bildet sie bestimmte Umstände nicht hinreichend genau ab [2], darum wird im Folgenden nach pragmatischen Erwägungen – insbesondere zur Übersichtlichkeit und Verständlichkeit – entlang der deutschen Kategorisierung [1–3] geordnet. Es wird die folgende Einteilung für die jeweils schwerste Behinderung gewählt (s. Tab. 1 und Tab. 2):

1. Stütz- und Bewegungsapparat
2. Innere Organe

3. Sinnes- und Kommunikationsapparat
4. Minderbegabungen und Demenzen
5. (andere) psychische Anomalien
6. Restkategorien

Eine weitere Anmerkung ist voranzustellen: Zur Einteilung nach Art der Behinderung läge dem Gesetzeswortlaut nach die Unterscheidung nach körperlichen, geistigen und seelischen Behinderungen als führende Unterteilung nahe, was jedoch nicht so erfolgte. Die von 1920 bis 2008 benutzten »Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit« [3] und die seit 2009 geltende »Versorgungsmedizin-Versorgung« [2] gruppieren geistige und seelische Behinderungen als Unterpunkte unter Schäden von (zentralem und peripherem) »Nervensystem und Psyche«. Das statistische Bundesamt gruppiert vergleichbar.

Datenlage zu schwerbehinderten Menschen

Das Statistische Bundesamt veröffentlicht im Abstand von zwei Jahren eine Bestandsstatistik über schwerbehinderte Personen. Dazu zählen Personen mit einem Behinderungsgrad von 50 bis 100, der nach ärztlicher Begutachtung aufgrund der Schwere der Behinderung zugeordnet wird.

Am 31. Dezember 2013 waren 7,5 Millionen Schwerbehinderte amtlich anerkannt [1]. Das entsprach einem Anteil von 9,3% der Bevölkerung. Knapp über die Hälfte dieses Personenkreises (51,0%) waren Männer [1].

- Von allen schwerbehinderten Jungen und Männern waren knapp 5% jünger als 25 Jahre, 43% waren zwischen 25 und 65 Jahren alt, 52% waren 65 Jahre oder älter.
- Etwa 4% hatten angeborene Behinderungen. Etwa ebenso groß war der Anteil derjenigen, mit durch Unfälle (oder Berufskrankheiten) verursachter Behinderung. Somit resultierten 92% der Behinderun-

gen aus Krankheiten, sonstigen oder ungenügend bezeichneten Ursachen.

- Die Zahlschwerbehinderter Männer betrug im Jahre 2013 insgesamt 3.851.568 Personen und ist seit dem Jahr 2001 (3.530.018) um 321.550 angestiegen, also um etwa 9%.
- Global gesehen stieg die Zahl an behinderten Menschen infolge von Schädigungen innerer Organe nur um 2% und machte mit 28,4% die größte Gruppe der behinderten Männer aus (s. Tab. 2). Der nähere Blick in diese Hauptkategorie offenbart einen Anstieg der Beeinträchtigungen des Urogenitaltraktes, wohingegen die große Zahl der Behinderungen infolge von Herz-Kreislauf-Schäden im Vergleichszeitraum deutlich sank, absolut gesehen aber immer noch etwas höher als erstere lag (s. Tab. 1).
- Die Zahl der Personen mit Schädigungen des Bewegungsapparates sank geringfügig um 3%. Mit 24,9% aller behinderten Männer stellten sie die zweitgrößte Gruppe (s. Tab. 2).
- »Sonstige und ungenügend bezeichnete Behinderungen« stiegen über den Vergleichszeitraum hinweg um 32% gegenüber der Ausgangszahl an und betrafen nunmehr 17,6% aller behinderten Jungen und Männer (s. Tab. 2).
- Die Zahl der behinderten Personen mit Lern-/geistigen Behinderungen stiegen von 2001 bis 2013 um 18% und machten im Jahr 2013 bei Männern 4,6% aller Behinderungen aus (s. Tab. 1).
- Die Zahl der behinderten Personen mit hirnorganischem Psychosyndrom stieg von 2001 bis 2013 um 119.000 an, das entspricht einem Anstieg von 30% (s. Tab. 1). Im Jahr 2013 waren 7,2% aller männlichen Behinderten dieser Gruppe zuzuordnen (s. Tab. 1).
- Die Zahl der Personen mit Behinderungen der Sinnes- und Kommunikationsfunktionen stieg von 2001 bis 2013 um 7% und betraf im Jahre 2013 insgesamt 8,2% aller

Behinderungen bei Männern. Hör- und Sprachbehinderungen haben in dieser Kategorie den größten Anteil (Tab. 2).

- Innerhalb der Kategorie der geistigen und seelischen Behinderungen ist der Anstieg von 2001 bis 2013 vor allem auf »Neurosen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen« mit einem relativen Anstieg von 208% zurückzuführen (Tab. 1). Der Anteil dieser Diagnosegruppe betrug im Jahr 2013 bei behinderten Männern 3,0%.
- In der Kategorie »Querschnittslähmung, zerebrale Störungen, geistig-seelische Behinderungen, Suchtkrankheiten« haben 122.361 Männer einen Behinderungsgrad von 100 [1], der mit einem erheblichen Hilfebedarf, teilweise rund um die Uhr, einhergeht und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erheblich einschränkt (s. hierzu auch Beitrag 2.8).

Ausgewählte Behinderungsarten

Stütz und Bewegungsapparat

Behinderungen der Funktion des Stütz- und Bewegungsapparates können auf sehr verschiedenen Ursachen beruhen, insbesondere auf Unfällen. In allen Altersgruppen ab dem sechsten Lebensjahr und bei allen Unfallkategorien zeigt die Statistik, dass tendenziell mehr Jungen und Männer Unfälle mit nachfolgenden bleibenden Behinderungen erleiden [1]. Im Jahre 2013 lagen 107.552 Einstufungen von Schwerbehinderungen aufgrund von Arbeitsunfällen, Verkehrsunfällen, Häuslichen Unfällen und Sonstigen Unfällen vor [1; Tab. 3.3.1]. Diese Behinderungen erscheinen oft gesellschaftlich am nachvollziehbarsten, vor allem, wenn deswegen Gehstock oder Rollstuhl als Hilfsmittel benutzt werden. Sie sind öffentlich sichtbar. Dennoch gibt es weiterhin Gebäude und Verkehrsmittel, die schwer oder nicht zugänglich sind. Menschen, die einen Rollstuhl benutzen, sitzen dadurch gewöhnlich tiefer als

Tab. 1: Prozentuale Entwicklung von schwerbehinderten Personen von 2001 bis 2013 und schwerbehinderte Männer im Jahre 2013 nach betroffenen Organen, Deutschland. / Quelle: Statistisches Bundesamt. Statistik 2016. Schwerbehinderte Menschen. 2013; Fachserie 13, Reihe 5.1, Tab. 1.2.2. Eigene Erstellung.

Kategorien	Art bzw. betroffene Organe der schwersten Behinderung	Trendentwicklung von 2001–2013		Schwerbehinderte Männer 2013		
		absoluter Anstieg m+w* in Tsd.	relativer Anstieg m+w in %	Bestand am 31.12.2013	Männeranteil (%) innerhalb dieser Behinderung	Anteil (%) an allen behinderten Männern
1a	(Teil-)Verlust Gliedmaßen	-27	-31	43.189	69	1,1
1b	Funkt.einschr. Gliedmaßen	5	0,5	472.867	48	12,3
1c	Wirbelsäule und Rumpf	-30	-3	443.709	49	11,5
	dar.: Brustamp./Kleinkwuchs°	-	-	3.761°	2	0,1
2a	Herz-Kreislauf-System	-287	-38	304.006	64	7,8
2b	Atemwege/Lungen	3	1	168.991	59	4,4
2c	Verdauungsorgane	20	8	165.204	57	4,3
2d	Urogenitaltrakt	210	72	270.548	54	7,0
2e	Blut/Stoffwechsel	93	40	183.435	57	4,7
3a	Sehbehinderung	3	1	147.755	41	3,8
3b	Hör-/Sprachbehinder.	44	16	168.329	53	4,4
4a	Querschnittslähmung	17	0,5	11.811	69	0,3
4b	hirnorg. Anfallsleiden	4	3	83.588	53	2,2
4c	hirnorg. Psycho-Syndrom	119	30	275.576	53	7,2
4d	Lern-/geistige Behinderung	48	18	175.455	59	4,6
4e	Endogene Psychosen	66	44	104.585	49	2,7
4f	Persönl./Verhaltensstörung	186	208	114.697	42	3,0
4g	Suchtkrankheiten	27	87	40.998	71	1,1
4a–4g	ZNS insgesamt	447	41	806.710	52	20,9
5	Sonstige ungenau bez. Behind.	357	37	673.064	51	17,5
1–5	Insgesamt	837	12	3.851.568	51	100,0

° Da in dieser Kategorie weniger als 4.000 Männer sind, wird diese Gruppe keiner Hauptkategorie zugeordnet, sondern der Restkategorie zugeordnet.

Tab. 2: Prozentuale Entwicklung von schwerbehinderten Personen von 2001 bis 2013 und schwerbehinderte Männer im Jahre 2013 nach Kategorien, Deutschland. / Quelle: Statistisches Bundesamt. Statistik 2016. Schwerbehinderte Menschen. 2013; Fachserie 13, Reihe 5.1, Tab. 1.2.2. Eigene Erstellung.

Hauptkategorien	Kategorien	Trendentwicklung von 2001–2013		Schwerbehinderte Männer 2013		
		absoluter Anstieg m+w* in Tsd.	relativer Anstieg m+w in %	Bestand am 31.12.2013	Männeranteil (%) innerhalb dieser Behinderung	Anteil (%) an allen behinderten Männern
1	Bewegungsapparat	-52	-3	959.765	49	24,9
2	Innere Organe	39	2	1.092.184	58	28,4
3	Sinne/Kommunikation	47	7	316.084	47	8,2
4	Querschnittslähmung/ zerebrale Störungen/geistige und seelische Behinderungen/Sucht-krankheiten	447	41	806.710	52	20,9
5	Sonstige und ungenügend bez. Behinderungen Brustamputation/Kleinwuchs	361	32	676.825	51	17,6
1–5	Insgesamt	837	12	3.851.568	51	100,0

* Da die gelisteten Veröffentlichungen des statistischen Bundesamts für den Vergleich mit den Vorjahren keine nach Geschlechtern getrennten Daten aufführt, konnte der behinderungsbezogene Anstieg nur auf die Gesamtzahl bezogen werden (Tab. 1 und Tab. 2).

wenn sie aufrecht gingen oder stünden, was in Kommunikationssituationen unvorteilhaft sein kann. Höhenunterschied und Mobilitäts-einschränkung können gerade auch für Männer ungewohnt und herausfordernd sein.

Osteosynthesematerialien, Endoprothesen und Versteifungen an Achsenskelett und Extremitäten können zwar Instabilitäten ausgleichen, oft aber doch nicht den vorherigen Bewegungsumfang wiederherstellen. An Flugplätzen und bestimmten hoheitlichen Gebäuden sind Metalldetektoren zur Sicherheitskontrolle aufgestellt, sodass die Betroffenen guttun, eine entsprechende Bescheinigung mitzuführen.

Querschnittslähmungen gehen meist auch mit Beeinträchtigungen von Blasen-, Sexual-

und Darmfunktion einher. Der intermittierende Selbstkatheterismus gilt als Mittel der Wahl und erfordert neben viel Platz im WC-Raum auch Geschick und mitgeführte Einwegmaterialien. Zusätzlich sind gewöhnlich Anticholinergika mit entsprechenden Nebenwirkungen erforderlich, um den intravesikalen Druck zu senken und Nierenschädigungen entgegenzuwirken. Die Darmentleerung ist ebenfalls aufwendig und erfordert mehr Zeit sowie Zäpfchen oder andere Hilfsmittel. Vielen Männern ist es für ihr Selbstverständnis auch wichtig, weiterhin Erektionen zu haben und damit Geschlechtsverkehr ausüben zu können, selbst dann, wenn sie dabei selber kaum genitale Erregung verspüren. Phosphodiesterasehemmer

und Schwellkörperinjektionen können zu Steifigkeit und Dauer der Erektion beitragen, werden aber nur von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung übernommen. Implantierbare Neuromodulatoren und Vorderwurzelstimulatoren können in bestimmten Konstellationen hilfreich sein, bringen aber weiteren Aufwand und auch gewisse Risiken mit sich [4, 5].

Als weiteres Problem bei Immobilität, insbesondere auch bei Querschnittslähmung, vor allem im Gesäßbereich, sind Lagerungsgeschwüre zu nennen, die zu Gewebedefekten führen, welche im Rahmen stationärer Aufenthalte aufwendig und langwierig zu decken sind und verbesserte Prophylaxe erfordern [6].

Vergleichbares gilt für Ulzerationen (Geschwüre) an den Füßen bei Polyneuropathie und/oder Angiopathie, insbesondere bei schlecht eingestelltem Diabetes mellitus oder bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK). Oft werden letztlich Amputationen erforderlich, welche die Mobilität weiter einschränken. Sexualität tritt hier aufgrund der Grundmorbiditäten eher in den Hintergrund.

Auf Menschen mit Amputationen oder angeborenen Defekten der Gliedmaßen reagieren – wohl auch unbewusst – viele Menschen mit Vorbehalten, andere fetischisieren die Betroffenen [7], was in beiden Fällen unangenehm sein kann und die gesellschaftliche Inklusion beeinträchtigt. Die Nützlichkeit von Gliedmaßenprothesen hinsichtlich mechanischer Funktion und Minderung sozialer Auffälligkeit wird von Patient zu Patient unterschiedlich bewertet.

Innere Organe

Viele Behinderungen durch chronische Erkrankungen innerer Organe fallen im Alltag nach außen kaum auf, können die Betroffenen aber dennoch erheblich einschränken. Beeinträchtigungen unterschiedlicher Genese an Herz, Kreislauf und Lunge kön-

nen die körperliche Leistungsfähigkeit und den Bewegungsradius deutlich reduzieren (s. hierzu auch Beitrag 4.6). Insbesondere das früher noch mehr als heutzutage männlich konnotierte Tabakrauchen führt zu Herzinfarkten und chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen, aber auch zu Neoplasien (Krebs).

Auch Menschen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sind eingeschränkt, weil sie gegebenenfalls kurzfristig eine Toilette aufsuchen müssen. Sie und Menschen mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis müssen nicht selten Glukokortikoide einnehmen, welche die Knochen schädigen und die Psyche beeinflussen können, und/oder Zytostatika. Beide Gruppen von Medikamenten beeinträchtigen auch das Immun- und (ggf. indirekt) das Nervensystem. Neoplasien und andere Darmerkrankungen können es zudem erforderlich machen, dass ein künstlicher Darmausgang gelegt und versorgt wird. Dergleichen fällt im Idealfall im Alltag kaum auf, kann aber bei Intimkontakten hinderlich sein und zu Vermeidungsverhalten beitragen – auch das ist ein Problem für das männliche Selbstverständnis [4, 6, 8].

Typ-1-Diabetes tritt meist spontan durch Autoimmungeschehen in jungen Jahren auf und erfordert von Anfang an ein engmaschiges Behandlungskonzept mit mehrmals täglichen Blutzuckermessungen und Insulininjektionen, um hirnschädigende Hypoglykämien, diabetisches Koma und diabetische Spätschäden so gut wie möglich zu vermeiden. Der Typ-2-Diabetes gilt als Zivilisationskrankheit und zeigt sich im Allgemeinen weniger dramatisch und kann lange durch orale Medikation gut behandelt werden, besteht aber oft schon viele Jahre vor Diagnose und kann in dieser Zeit bereits erhebliche diabetische Spätschäden angerichtet haben. Die Spätschäden betreffen insbesondere Augen, Nierenfunktion, Polyneuropathie und Gefäßveränderungen. Die Polyneuropathie beeinträchtigt insbesondere die Erektionsfähigkeit, was vielen Männern sehr zu schaffen

macht, sie aber oft zu verbalisieren scheuen. Therapeutische Möglichkeiten zur Behandlung von Erektionsstörungen und Ejakulationsstörungen sind vorhanden und werden in einem anderen Kapitel thematisiert. Auf das diabetische Fußsyndrom wurde bereits eingegangen [5].

Schilddrüsenerkrankungen treffen statistisch sicher mehr Frauen, wobei die Hashimoto-Thyreoiditis trotz wechselnder Symptomatik oft mehrere Jahre unerkannt bleibt. Dergleichen kann auch bei Männern vorliegen.

Das nicht-klassische adreno-genitale Syndrom (Late-onset-AGS) dürfte nach humangenetischem Kenntnisstand bei Männern nicht seltener sein als bei Frauen, es fällt jedoch seltener auf, zum Beispiel bei Abklärung männlicher Subfertilität. Mitunter wurden aber auch testikuläre adrenale Resttumoren irrtümlich als Hodenmalignome verkannt und entsprechend weitreichend behandelt [5, 9].

Nierenschädigungen treten oft schleichend ein und werden gegebenenfalls erst im fortgeschrittenen Stadium bei Abgeschlagenheit und Anämie erkannt. Häufige Ursachen sind Diabetes, Bluthochdruck und längere fortgesetzte Anwendung von Schmerzmitteln, aber auch postrenale Schädigungen durch chronischen Harnstau oder wiederkehrende aufsteigende Harnwegsinfekte können bedeutsam sind. Bei Nierenversagen ist Hämodialyse dreimal wöchentlich erforderlich, belastend und zeitraubend. Häusliche Bauchfelldialyse setzt Disziplin und entsprechendes Equipment voraus.

Die benigne Prostatahyperplasie (gutartige Vergrößerung der Prostata) kommt vor allem bei Männern mittleren bis höheren Alters vor und kann die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen, unbehandelt kann sie bis zum postrenalen Nierenversagen führen. Wenn die medikamentöse Behandlung nicht mehr hinreicht, kommt die Operation in Betracht, die aber zu retrograder Ejakulation (Ejakulation in die Blase) führt, was manche Männer irritiert und die Fähigkeit zur konventionellen

Kindszeugung praktisch aufhebt. Eine Harninkontinenz besteht, wenn überhaupt, hierbei nur vorübergehend [10].

Leberschäden sind häufig Folgen von langjährigem Alkoholkonsum, welcher in westlichen Gesellschaften auch gemeinhin männlich konnotiert wird. Auch Medikamente können die Leber schädigen, wenn beispielsweise das frei verkäufliche Paracetamol aus Unbedachtsamkeit oder aus suizidaler Absicht in hohen Mengen eingenommen wird. Insbesondere als Folge von Risikoverhalten wie ungeschütztem Geschlechtsverkehr, unsauberen Tätowiernadeln oder unsauberer Anwendung intravenöser Rauschgifte sind auch virale Hepatiden erwähnenswert, die zur Schädigung der Leber führen können. Langfristig führen Leberschäden nicht selten zu Zirrhose mit Aszites (Bauchwassersucht) und lebensbedrohlichen Ösophagusvarizenblutungen.

Das statistisch riskantere und promiskue Sexualverhalten der Männer ist Hauptursache der HIV-Neuinfektionen: Über 80% der Neuinfizierten sind Männer [11] (s. hierzu auch Beitrag 4.5). Eine Schwerbehinderung wird nicht bei HIV-Infektionen zuerkannt, sondern erst bei stärkerer Leistungseinschränkung im Sinne eines Aids-related-Complex [2, 3].

Krebserkrankungen sind lebensbedrohlich und führen praktisch alle zur Schwerbehinderung mit mehrjähriger Heilungsbewährung – dennoch wird diese nicht von allen Betroffenen beantragt. Die meisten Krebserkrankungen treten in der zweiten Lebenshälfte auf und werden erst nach dem 65. Lebensjahr diagnostiziert. In Abhängigkeit von der malignen Entität (Krebsart) und der Therapie treten sexuelle Bedürfnisse meist für die Behandlungsdauer in den Hintergrund. Nicht selten kommt es zu einem völligen Erliegen der sexuellen Aktivität in dieser Altersgruppe. Eine systematische wissenschaftliche Aufarbeitung der Veränderung der Sexualität nach oder unter Tumorthherapie in den Altersgruppen über 65 Jahre besteht nicht.

Hodenkrebs betrifft insbesondere Männer von 18–40 Jahren. Bei Einhaltung der Therapie und Nachsorgeprotokolle ist seit den 90er Jahren die vitale Prognose (Heilungsrate) erfreulich gut, allerdings sind die Auswirkungen der Therapie mitunter massiv, und relativ viele Betroffene halten die Nachsorgeprotokolle nicht hinreichend ein. Der vom Krebs befallene Hoden wird entfernt. Eine Kryokonservierung von Spermien ist möglich, wird aber nicht von der Krankenkasse getragen, sondern dem Patienten in Rechnung gestellt. Die stadienabhängige anschließende Chemotherapie schädigt den verbliebenen Resthoden und damit die Spermienproduktion, die gegebenenfalls erforderliche retroperitoneale Lymphadenektomie führt im Allgemeinen zu retrograden Ejakulationen, auch die Testosteronproduktion kann sich nach der Bestrahlung vermindern. Diese Beeinträchtigungen wirken sich auch auf Psyche, Sexualleben und Selbstverständnis des (jungen) Mannes aus.

Häufigste Krebsdiagnose beim Manne ist das Prostatakarzinom (s. hierzu auch Beitrag 4.6). Bei entsprechendem Tumorstadium kommen als kurative Therapien sowohl Operation als auch Bestrahlung in Betracht, allerdings ist in beiden Fällen mittelfristig mit Beeinträchtigungen von Erektionsfähigkeit und Kontinenz zu rechnen. Unter günstigen Bedingungen kann nervenschonend operiert werden, was die Aussichten auf spätere Erektionen und auch die Kontinenz günstig beeinflusst. Wenn hingegen ein Prostatakarzinom bereits metastasiert ist, kann durch deutliche Senkung des Testosteronspiegels der Krankheitsverlauf hinausgezögert werden, allerdings unter erheblichen Nebenwirkungen wie Depression, Antriebsarmut, Muskelabbau, Anämie, Osteoporose, Libidoverlust, Erektionsstörungen und Hitzewallungen, die dementsprechend die Lebensqualität einschränken und meist auch das männliche Selbstverständnis tangieren. Hier gibt es eine relativ reichhaltige wissenschaftliche Literatur und Datenlage.

Sinnes- und Kommunikationsapparat

Sehbehinderungen, Hörschäden und Beeinträchtigungen der (Laut-)Sprache waren in früheren Epochen zwar stärker stigmatisiert, insbesondere bei angeborenem Auftreten, dafür stellen sie im Zeitalter von Kommunikationstechnologie und Straßenverkehr eine umso größere Herausforderung dar. Desto sinnvoller kann es sein, wenn zum Beispiel Gehörlose ihre eigenen Zusammenhänge pflegen und sich in Gebärdensprache verständigen. Gleichzeitig werden inklusive Ansätze benötigt.

Absolut gesehen sind die meisten Seh-, Hör- und Sprachbehinderungen Folgen allgemeiner Krankheiten, die allerdings quantitativ so erst ab dem mittleren Erwachsenenalter zum Tragen kommen. Bei den Betroffenen in Kindheit, Jugend und jüngerem Erwachsenenalter dominieren klar die angeborenen Formen.

Sprach- und Sprechstörungen betreffen das männliche Geschlecht deutlich häufiger als das weibliche. Taubheit und Schwerhörigkeit betreffen beide Geschlechter praktisch gleichermaßen, Schwerhörigkeit allerdings Männer bereits einige Jahre früher als Frauen. Unterhalb des 75. Lebensjahres betreffen Sehbehinderungen Männer und Frauen etwa gleichermaßen, ab dem 75. Lebensjahr mehr Frauen, wobei deren Bevölkerungsanteil in dieser Altersgruppe auch deutlich überwiegt [1].

Minderbegabungen und Demenzen

Störungen der geistigen Entwicklung sind etwa zur Hälfte auf angeborene Behinderungen und allgemeine Krankheiten zurückzuführen. Jungen und Männer sind dabei um etwa 40% häufiger betroffen als Mädchen und Frauen [1]. Durch Angebote Sexueller Bildung kann den Betroffenen erleichtert werden, sich als Männer zu fühlen, indem sie an entsprechenden Gemeinschaftsaktivitäten teilnehmen. Hirnorganische Syndrome treten fast nur im höheren und hohen Erwachsenenalter auf, die

Geschlechterverteilung ist weitgehend ausgeglichen [1].

(Andere) psychische Behinderungen

Psychosen betreffen etwa gleich viele Männer wie Frauen, bei den jüngeren Betroffenen überwiegen allerdings klar die Männer, während Frauen erst ab 45 Jahren gleichauf ziehen [1]. Die deutschsprachige Psychiatrie postuliert in diesem Kontext einen protektiven Effekt der Östrogene vor den Wechseljahren. Bei den Neurosen überwiegen die Frauen, was sich aber erst ab dem 25. Lebensjahr abzeichnet. Bei den Suchtkrankheiten wiederum sind klar und in allen Altersgruppen die Männer überrepräsentiert [1].

Die allgemeine Krankheitslehre gliedert Krankheitsursachen organbezogen gemeinhin als: Fehlbildung – Neubildung – Trauma – Infektion und Entzündung – Durchblutungsstörung – Degeneration. Statistiken über die Ursache der (schwersten) Behinderung erfassen angeborene Behinderungen analog zur Fehlbildung zuzüglich Zuständen, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben. Traumen werden unterteilt in: Arbeitsunfälle (einschließlich Wegeunfälle und Berufskrankheiten), Verkehrsunfälle, Häusliche Unfälle und Sonstige Unfälle sowie in (anerkannte) Kriegs-, Wehr- und Zivildienstbeschädigungen. Die übrigen Pathologien werden als »allgemeine Krankheiten« und in einer Restkategorie als »Sonstige, mehrere und ungenügend bezeichnete Ursachen« abgehandelt.

Handlungsempfehlungen für Wissenschaft und Politik

- Querschnittsuntersuchungen bezüglich der sexuellen Aktivität Behinderter in Abhängigkeit der Behinderung
- Auf die Behinderung abgestimmte Angebote für Sexuelle Bildung

- Geschlechtsspezifisch getrennte Feststellung des Leidensdrucks bei einzelnen Behinderungsformen bezüglich Sexualität in Abhängigkeit vom Alter
- Aufklärung bezüglich möglicher sexueller Funktionsstörungen bei Hausärzten, Allgemeinmedizinerinnen und Urologen in Korrelation zu den einzelnen Behinderungen
- Erweiterte Öffentlichkeitsarbeit, die darauf aufmerksam macht, dass Behinderung und Sexualität sich keineswegs ausschließen und Sexualität einen wichtigen Part der Lebensqualität jedes Menschen darstellt

Schlussfolgerungen

Der Einfluss der verschiedenen Behinderungsarten auf die menschliche Sexualität ist nur in Ansätzen geklärt. Dies gilt für beide Geschlechter. Es liegen hier kaum systematische wissenschaftliche Arbeiten vor, was verständlich ist, da es eine Vielzahl von unterschiedlichen Behinderungen geben kann, die die sexuelle Funktionsfähigkeit eines Menschen beeinträchtigen. Die Datenlage ist für das Prostatakarzinom und neurologischen Erkrankungen nach bzw. unter Therapie am besten. Hier wird jedoch nur ein sehr kleiner Aspekt von möglichen Behinderungen und deren Auswirkungen auf die männliche Sexualität betrachtet, der zudem sehr organisch funktionell orientiert ist.

Klar ist, dass in der BRD aufgrund des hohen Anteils von behinderten Mitbürgern ein Bedarf für spezifische Untersuchungen vorliegt. Dies sollte für beide Geschlechter erfolgen. Selbstverständlich ist, dass Sexualität und Lebensqualität eng miteinander verknüpft sind und dies auch bei Vorliegen einer Behinderung eine wichtige Rolle spielt. Bezüglich der männlichen Sexualität kann dieser Beitrag nur einen Anstoß geben. Erektionsfähigkeit und Orgasmusfähigkeit sind wichtige, schützens- und erhaltenswerte Bestandteile der männlichen Sexualität, dennoch wäre eine Reduktion

der männlichen Sexualität auf diese beiden Fähigkeiten gerade unter dem Blickwinkel der sehr unterschiedlichen Behinderungsformen nicht zielführend.

Literatur

- 1 Statistisches Bundesamt Wiesbaden (Hrsg.). Statistik der schwerbehinderten Menschen 2013. 2014;Fachserie 13,Reihe 5.1.
- 2 Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). Versorgungsmedizin-Verordnung. 2015.
- 3 Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX). 2008.
- 4 Bannasch M. Behinderte Sexualität – verhinderte Lust? Neu-Ulm: AGSPAK; 2002.
- 5 Klotz T. Erektile Dysfunktion – Ein Leitfaden für die Praxis. Bremen: Uni-Med; 2005
- 6 Fürll-Riede C, Hausmann R, Schneider W. Sexualität trotz(t) Handicap. Stuttgart: Thieme; 2001.
- 7 Belitz G. Fetisch Behinderung? In: Handicap. Das Magazin für Lebensqualität. 1997.
- 8 Braun M, Wassmer G, Klotz T, Reifenrath B, Mathers M, Engelmann U. Epidemiology of erectile dysfunction: results of the Cologne Male Survey. *International Journal of Impotence Research*. 2000;12(6):305–11.
- 9 Mönig H, Jacobeit JW. Das Adrenogenitale Syndrom bei männlichen Jugendlichen und Männern. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*. 2012;9(5):314–319.
- 10 Leyh H. Transurethrale Resektion der Prostata. *Der Urologe*. 2014;53:699–705.
- 11 Robert-Koch-Institut (Hrsg.). HIV-Diagnosen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin*. 2015;27.